

LITIASIS DE LAS GLANDULAS SALIVARES

por el

DR. PEDRO RUIZ DE TEMIÑO ALVAREZ

*Jefe del Servicio de Estomatología de la Casa de Salud
Valdecilla*

I

Hemos escogido este tema para la ponencia de la Sección de Estomatología Quirúrgica del XVIII Congreso de Odontología, por parecernos de sumo interés para el total de la clase odontológica, al contrario de otros temas quirúrgicos que, quizá más interesantes en sí, lo son solamente para un número restringido de compañeros que se interesan para la cirugía estomatológica. Otras dos razones nos han llevado también a esta conclusión, una, la frecuencia con que hemos visto en la amplia bibliografía consultada la dificultad algunas veces para el diagnóstico, a pesar de su aparente clara sintomatología. Hemos encontrado numerosos casos en los que el diagnóstico no ha sido hecho sino después de varios años de enfermedad y cuyos pacientes habían sufrido varias intervenciones quirúrgicas e incluso numerosas extracciones del lado afectado, antes de llegar a la conclusión de que se trataba de una litiasis de las glándulas salivares. Todo esto con grave perjuicio para los enfermos.

La segunda razón que nos ha inducido para elegir este tema, es el que por ser el tratamiento médico o quirúrgico a seguir por la v.a intrabucal, excepto en los casos poco frecuentes de exéresis de la glándula que requieren una amplia intervención quirúrgica, en todos los demás, que son la mayoría, es el Odontólogo el que se halla en mejores condiciones para el tratamiento, dada su habilidad manual y costumbre para desenvolverse dentro de la cavidad bucal.

Creemos que del estudio completo de esta enfermedad y de las causas frecuentes de error diagnóstico, puede derivarse un beneficio para los enfermos. Nuestra experiencia personal, si no muy amplia, sobre 36 casos vistos y tratados por nosotros mismos y la revisión

bibliográfica lo más amplia posible que hemos intentado realizar, creemos modestamente pueda reportar un beneficio para la clase odontológica.

Esta afección, poco frecuente, no lo es tanto como algunos autores refieren, al extremo de encontrarnos con profesionales de muchos años de práctica que aseguran no haber visto ningún caso, no solamente en su clientela privada, sino en consultorios por los que desfila un gran número de pacientes.

Según una estadística dada por Harrison, que ha buscado cálculos en la literatura, desde el año 1825 a 1926, ha encontrado 375. Con posterioridad a esta fecha, en la revisión hecha por nosotros, y que como es natural no es completa, hemos encontrado 408 más. En este número están incluídos los 36 vistos por nosotros entre unos 35.000 enfermos de afecciones de la cavidad bucal que desfilaron en estos últimos veinte años por el Servicio de Estomatología de la Casa de Salud Valdecilla.

Por otra parte, y teniendo en cuenta que se producen un sinnúmero de casos en los que, por expulsión espontánea del cálculo, la enfermedad pasa desapercibida, podemos asegurar que el número de litiasis verdaderas es bastante superior al de los casos publicados.

El conocimiento de los cálculos salivales data de muy antiguo: según Delanne y Boury, la primera relación francesa se remonta a mediados del siglo XVI, en la que se hablaba de piedras formadas bajo la lengua, pero el estudio anatómico de estas formaciones era poco preciso y las opiniones más fantásticas tenían libre curso. No es sino hacia 1750, que Scherer, en su tesis latina de Strasbourg, asigna como lugar de localización del cálculo los conductos de las glándulas salivales recientemente descubiertas por Wharton y Stenon. Posteriormente esta cuestión queda en la sombra, de donde no saldrá hasta la tesis de Thomas de Clesmaduc, que basa todo su trabajo sobre la litiasis salival; a partir de entonces las publicaciones se hacen numerosas.

Alston publicó el primer caso en su país, en el año 1878. Se trataba de un cálculo del conducto de Wharton. Hencke y Erdmann dicen que, en contraste con los de otras regiones del cuerpo, los de las glándulas salivales tienen un lugar secundario. Sin embargo, son lo suficientemente interesantes para ser estudiados desde el comienzo de la Medicina moderna.

La localización de esta afección da unánimemente una mayor frecuencia para la glándula submaxilar, siguiendo en una menor proporción la parótida y a continuación la sublingual con muy pocos casos. Para Harris, el 61,4 por 100 tiene su localización en la glándula submaxilar y conducto de Wharton; el 20,4 por 100, para la parótida y conducto de Stenon, y el 18,2 por 100, para la sublingual y conducto. Newi y Harper, en 110 casos revisados, dan para la primera 92,9 por 100; para la segunda, 4,3 por 100, y para la tercera, 2,8 por 100. Asimismo, Ries Centeno, sin citar cifras, dice también ser más frecuente en la submaxilar que en las restantes. Husted, de 63 pacientes tratados, 60 lo fueron de submaxilar y 3 de parótida, no habiendo ninguno de sublingual. Morris, de 22 casos, 18 eran de submaxilar y 4 de parótida, no habiendo tampoco ninguno de la glándula sublingual. Grenfield, en 32 casos, 28 eran de submaxilar, 3 de sublingual y uno de parótida. Maccaferri, de 30 observaciones personales, 25 son de submaxilar, 3 de parótida y 2 de sublingual. Nuestros 36 casos pertenecían, 32 a la submaxilar, 3 a la parótida y uno solamente a la sublingual.

Por alguna razón desconocida, la submaxilar derecha está afectada casi el doble de veces que la izquierda. También hay un predominio del sexo masculino sobre el femenino; en nuestros casos, 27 pertenecían a hombres y 9 a mujeres. Por lo que respecta a la edad, la afección aparece después de los treinta años, no siendo, sin embargo, raros los casos de edades más tempranas, así Lasserre cita tres de ocho, diecisiete y dieciocho años. Burdel habla de uno con localización sublingual en un niño de tres semanas. Portalier presenta otro de submaxilar en un niño de nueve años, y nosotros mismos presentamos también uno de submaxilar en otro niño de once años.

La localización bilateral también ha sido referida, siendo el caso más importante el de Ginestee y Servais, de una litiasis submaxilar y bilateral y masiva que ocupaba las dos glándulas y parte posterior de los canales de Wharton.

El tamaño de las concreciones varía desde muy pocos milímetros hasta 230 gramos, según cita hecha por Harrison en la literatura por él consultada. Nuestros casos tenían tamaños que oscilaban entre 2 y 20 milímetros.

Etiología.—Varias son las teorías expuestas para explicar la formación de los cálculos salivales, sin que ninguna de ellas aclare completamente el problema.

Teoría de los cuerpos extraños.—Esta teoría, expuesta por Mareau en 1876; Czigan, en 1890, y completada posteriormente por Berger en 1923, dice que un cuerpo extraño como una partícula de sarro, una espina de pescado o una pepita, pueden depositarse en el conducto o dentro de la glándula salival, formando así la base para el depósito sucesivo de sales cálcicas de la saliva; Schuh, en 1913, expuso la idea de que un cuerpo extraño puede por irritación causar inflamación en el conducto o glándula, con alteración de las secreciones salivales, produciéndose entonces el depósito de sales cálcicas sobre el cuerpo extraño. Para Theodorescu, a estos cuerpos extraños, traumatismo, infecciones, etc., incumbe solamente la tarea de preparar un coágulo, que sufrirá un proceso de petrificación consecutivo a la absorción de sales cálcicas. Kirk dice que el anhídrido carbónico en solución en boca, precipita las sales de calcio en presencia de los coloides de mucina y eventualmente se forma una concreción calcificada. Entre los cuerpos extraños encontrados en el interior de los cálculos y que por tanto sirvieron de matriz para la formación de los mismos, citaremos semillas, espinas de pescado y otros restos alimenticios, así como un ápice dental y una hierba mencionados por Pilchir, este último, único en la literatura, según el autor mencionado.

Teoría inflamatoria.—Immisch, en 1861, declaró que una inflamación crónica del conducto, produce lentitud del flujo salival, formándose como consecuencia un precipitado en el lumen del conducto, la incrustación eventual forma un tubo cálcico; en la literatura ya fué presentado un cálculo de forma tubular por Choronoitzky. Lang, en 1927, expuso que pueden formarse piedras microscópicas en algunas enfermedades, como tifoideas, tuberculosis, etc. El creía que estas enfermedades infecciosas hacían a las glándulas menos resistentes a los parásitos formadores de piedras, sugiriendo más tarde que el estancamiento de la saliva la hace más espesa por reabsorción de las materias acuosas, produciéndose entonces el precipitado de sales cálcicas; refiere el hecho conocido de que en la saliva estancada aparece carbonato cálcico oscuro, también el estancamiento favorece el desarrollo de las bacterias y que la precipitación de sales cálcicas es la vida funcional de algunas de ellas.

En contra de esta teoría de infección previa de la glándula para aparición de la litiasis, está el hecho de que, a pesar de ser la glándula parótida la más afectada por las infecciones, lo sea mucho menos

por la litiasis en relación con la submaxilar. Pudiera también tener alguna importancia el hecho conocido de que el contenido mucoso de la saliva es mucho más alto para la submaxilar.

Debemos también tener en cuenta las particularidades anatómicas de la glándula submaxilar y su conducto que incluyen irregularidades y divertículos, las cuales pueden ser causa de un mayor estasis secretor, así como la posición inferior de la glándula respecto al conducto, que a su vez es el más largo entre todas las glándulas salivales.

Teoría parasitaria.—Maas, en 1871, fué el primero en sugerir que la formación de cálculos podía ser debida a las bacterias; Klebs, en 1876, dió su teoría de que los depósitos eran originados por organismos de precipitación cálcica. Como por regla general las bacterias no invaden una membrana mucosa intacta, hay que suponer alguna fisura en su estructura. Bensussan, en 1933, recalca que si la flora de la boca fuera por sí sola capaz de ocasionar la enfermedad, todos los individuos padecerían sialolitiasis.

El papel representado por los actinomicos en la formación de los cálculos salivales ha sido muy discutido, especialmente desde las publicaciones de Naeslund y Soderlund; estos autores consideran la formación del cálculo salival sencillamente como un resultado de la introducción en el canal o en la glándula de estos hongos, que encontró en el estudio de 50 casos. Majocchi, en 1910, entre 16 casos, solamente en uno encontró el hongo. Rodelius, que estudió 16 casos en 1917; Risak, 14 casos en 1929, y Bode dos más, no encontraron en ninguno de ellos el citado hongo.

Una circunstancia que también va en contra de la teoría de la actinomicosis es el hecho conocido de la patología veterinaria, de que los caballos padecen con bastante frecuencia cálculos salivales, pero muy pocas veces de actinomicosis, mientras que el ganado vacuno y los perros padecen actinomicosis y difícilmente presentan cálculos salivales. Tholen, en 1949, señala, asimismo, que si la teoría de la actinomicosis fuese correcta, encontraríamos de vez en cuando actinomicosis en la propia glándula salival, pero él no ha encontrado evidencia clínica de tales entre sus 115 casos.

Síntomas y signos.—Los síntomas perturbadores pueden ser agudos, subagudos o crónicos. Los síntomas agudos pueden presentarse de forma repentina, pero generalmente han ido precedidos de otros de tipo subagudo que han podido pasar desapercibidos y aparecen en

enfermos portadores de un cálculo en el conducto, al contrario de los cálculos de la glándula, que normalmente dan síntomas subagudos o crónicos. Esto se explica porque el obstáculo para la secreción salival interrumpe totalmente ésta, cuando se halla en el conducto, mientras que la interrupción en la glándula se refiere sólo a algunas zonas más o menos amplias de los acini glandulares, pues las partes no interesadas desaguan normalmente. El grado de los síntomas no está determinado por el tamaño de la piedra, sino por la obstrucción más o menos total que ésta realice, la cual dependerá de la forma irregular de su superficie. Frecuentemente hemos visto cálculos de un tamaño considerable con una historia clínica muy corta, y al contrario, otros cálculos sumamente pequeños, con un largo historial y repetidos cólicos salivales. Estos síntomas se agudizan normalmente en el momento de las comidas, al producirse un aumento de la secreción salival, que no puede salir a través del conducto parcialmente cegado. En los intervalos entre las comidas, la glándula se vacía, desapareciendo los síntomas dolorosos y de replección.

Cuando la obstrucción es total se produce el típico cólico salival, con dolor e inflamación, haciéndose perfectamente ostensible la glándula a través de la piel y en el interior de la cavidad bucal. La supresión es un factor sin importancia en la valoración de los síntomas y debida exclusivamente al estasis salival. El estado subagudo es clínicamente el más frecuente, la hinchazón afecta solamente a la glándula, produciendo esta distensión algunas molestias, pero en realidad poco dolor. El estado crónico se caracteriza por su supuración persistente en pequeña cantidad, siendo entonces cuando sobrevienen cambios degenerativos, tanto en el estroma como en el parénquima de la glándula. Multitud de observaciones clínicas sugieren que estos cambios no son esencialmente destructivos, ya que en la mayor parte de los casos, después de extraída la piedra, la glándula continúa su función y al cabo de cierto tiempo llega a hacerse impalpable.

Diagnóstico.—La historia de la enfermedad con hinchazón intermitente de la glándula salival, o del conducto, acompañada de un dolor más o menos fuerte en los tejidos próximos a la glándula, durante las comidas o solamente a la vista de alimentos, principalmente ácidos, tiene un valor decisivo en el diagnóstico de obstrucción del conducto o glándula salival. La inspección y exploración manual

por palpación sobre el conducto o sobre la glándula, nos demuestra la mayoría de las veces la existencia del cálculo, que cuando así es tiene un gran valor, no solamente en el diagnóstico, sino también en la localización, muy importante esto para el futuro tratamiento.

El cateterismo de los conductos que nosotros realizamos con una sonda de plata no rígida, terminada en una pequeña esfera para evitar el peligro de perforar el canal, nos facilita frecuentemente el diagnóstico. Debe tenerse precaución y hacer el sondaje con sumo cuidado, para no empujar el cálculo al interior de la glándula, accidente que por otra parte no es fácil, a no ser que se trate de un cálculo de muy pequeño tamaño, pues las rugosidades que presenta en su superficie le hacen estar sumamente adherido al conducto.

El examen a los rayos X tiene una importancia extraordinaria para la realización del diagnóstico, así como para la localización exacta de los cálculos y número de los mismos, pues hay que tener en cuenta la frecuencia con que se presentan múltiples concreciones, pudiendo ser en el mismo enfermo unos, de conducto, y otros, de glándula, como en algunos de los casos presentados por nosotros. Esto es muy importante, ya que en algunas historias, en las que se habla de recidivas, pudiera más bien tratarse de un error diagnóstico en cuanto al número de piedras. Debemos tener en cuenta que no todos los cálculos salivales son radioopacos, y por eso no debemos confiar exclusivamente en la radiografía como único medio de diagnóstico. La falta de opacidad, debida quizá a la escasa materia mineral y, en cambio, a la abundante trama orgánica, ha sido comprobada por nosotros después de haber visto un riñón extirpado en el Servicio de Urología, en la Casa de Salud Valdecilla, con numerosos cálculos de gran tamaño, que no sólo no se apreciaban en las radiografías anteriores a la intervención, sino tampoco en las que se hicieron directamente en la pieza extirpada, algunas por nosotros con películas dentales. Esto nos incitó a realizar la misma exploración de algunas piedras extraídas en pacientes en los que la previa exploración radiográfica había sido negativa, y, efectivamente, en las placas radiográficas hechas colocando el cálculo directamente sobre la misma sin interposición de tejidos, la exploración fué asimismo negativa.

Las placas deben ser tomadas en ángulos diversos, con objeto de evitar superposiciones óseas, siendo para los del conducto de Wharton y glándula sublingual la proyección oclusal la mejor, mordiendo

la película entre ambas arcadas dentarias y siendo los rayos perpendiculares a la misma.

Otras veces el cálculo presenta una densidad tan grande, que resulta particularmente opaco a los rayos X, pudiendo dar una imagen muy parecida a la de un diente incluído. Así, Maltete nos presenta un enfermo con una muela del juicio incluída, en posición viciosa y un cuerpo extraño situado cerca de la muela del juicio y considerado por el radiólogo como una muela supernumeraria cuando en realidad se trataba de un cálculo salival. Asimismo, Benoit nos habla de un caso en que un grueso cálculo con excepcional opacidad era comparable a una muela del juicio, haciendo resaltar que la confusión es frecuente y que la radiografía puede dar a veces resultados inesperados.

Al contrario, Husted nos presenta un falso diagnóstico debido a una mala interpretación radiográfica; el examen daba una sombra masiva en una zona que podía corresponder al conducto de Wharton, la cual fué interpretada como una piedra en dicho conducto. En la operación se encontró que el conducto no estaba obstruído y que el cuerpo extraño radioopaco era la raíz de un diente que probablemente durante la extracción había sido desplazado, encontrándose situado entre la membrana mucosa y el músculo milohioideo. También Brawn aporta otro caso en el que otro cálculo salival fué equivocadamente diagnosticado como la raíz de un diente en el maxilar.

La sialografía puede prestarnos un valioso concurso, sobre todo en las exploraciones radiográficas negativas o en casos dudosos, como los anteriormente expuestos. Husted practicó cinco sialografías en otros tantos casos en los que la radiografía no había revelado la existencia de cálculos salivales; uno correspondía a la glándula parótida y cuatro a la submaxilar; en tres de ellos se reveló la existencia de concreciones, en otro obstrucción de conducto y en el último, en el cual la piedra estaba colocada en la glándula, la sialografía fué también negativa. Thibault nos dice asimismo que la sialografía permite descubrir y situar el cálculo, sobre todo cuando es intraglandular o radiotransparente, cosa no excepcional, sirviendo también para apreciar el grado de distensión o esclerosis de la glándula y tenerlo en cuenta para el tratamiento consecutivo. Richard presenta otro caso con sintomatología de litiasis parotídea; el examen radiográfico fué negativo, la sialografía no reveló nada, pero en una radiografía hecha dos meses después se aprecia la existencia de lipio-

dol en la glándula; como éste debe desaparecer en cuarenta y ocho horas, su persistencia indica una obstrucción del conducto; el cateterismo demostró, a seis centímetros aproximadamente del orificio, un cálculo que fué extraído; una semana después el lipiodol había desaparecido por completo.

Las sustancias radioopacas fueron inyectadas por primera vez en 1904, pero el procedimiento fué considerado como una curiosidad médica de ninguna significación clínica. En 1926, Calstn estudió radiológicamente las glándulas parótidas, normales y patológicas, usando aceite yodado inyectando en el conducto de Stenon, siendo desde entonces un procedimiento normal de diagnóstico.

Técnica de la inyección.—Previo un estudio radiológico preliminar de los tejidos blandos de la glándula afectada, se procede a la inyección de aceite yodado, que como medio de contraste es el más indicado. El conducto se localiza fácilmente, el masaje de la glándula produce la salida de la saliva, poniendo de manifiesto la desembocadura; si esto no fuera suficiente basta hacer chupar un trozo de limón, o dar una bebida agria al enfermo y el orificio se hará patente. La cánula se introduce de centímetro a centímetro y medio, inyectándose a continuación de uno a dos centímetros cúbicos, un poquito menos para la glándula submaxilar que para la parótida; se comprime después la abertura y se procede a hacer las radiografías. Putney aconseja hacer la inyección en dos tiempos, primeramente medio centímetro cúbico, obteniendo una radiografía a continuación, y después, el resto, haciendo la segunda radiografía; así se obtienen el conducto y la glándula por separado. Está contraindicada esta técnica en presencia de infección aguda de la glándula. El diagnóstico de los cálculos es generalmente sencillo, pero si éstos son muy pequeños pueden no verse; sin embargo, el sialograma demuestra el lugar de la obstrucción y los cambios secundarios en el conducto, haciéndose también una clara diferenciación entre los intra y extra-glandulares.

Diagnóstico diferencial.—Debe ser hecho un diagnóstico diferencial entre linfadenitis, celulitis y cálculos salivales. En las primeras, las glándulas linfáticas son más superficiales y comúnmente posteriores a las glándulas salivales. En la celulitis frecuentemente por infección periapical la inflamación es difusa, va asociada con trismus y el periostio se halla afectado, no palpándose bien el borde del

maxilar; al contrario de las litiasis en las que el borde maxilar se contrasta perfectamente, no existe trismus y la inflamación es más circunscrita. También hay que diferenciar la inflamación de la glándula parótida por cálculos con los tumores de la misma: fibromioma, endotelioma y teratoma encapsulados. Con carcinomas y sarcomas no debe haber confusión posible, pues su crecimiento es más rápido y no hay regresiones periódicas como en la litiasis. Los tumores de las glándulas submaxilar y sublingual son análogos a los de la parótida, pero mucho menos frecuentes. La ránkula tampoco puede prestarse a confusión, pues salvo en la localización no tiene ningún parecido con la litiasis; además, la apertura espontánea o provocada de la ránkula da salida a un líquido de consistencia de clara de huevo. Debe también tenerse en cuenta la angina de Ludwig, pero en ésta la ausencia de historia anterior al proceso agudo y el mal estado general del enfermo deben sernos suficientes para el diagnóstico diferencial.

El síndrome de Mikulicz, que está caracterizado por la inflamación crónica y bilateral de las parótidas, submaxilares o sublinguales, va acompañada también de inflamación en las glándulas lagrimales; la ausencia de dolor, por otra parte, a pesar de la inflamación algunas veces exagerada, debe servirnos para diferenciarlo de la litiasis. Según Leroux y Chevalier, el aspecto característico de la glándula inyectada de lipiodol permite asimismo hacer un diagnóstico diferencial de la litiasis con la tuberculosis, los quistes y las parotiditis crónicas, pues a cada lesión anatomopatológica corresponde una imagen radioscópica distinta.

Tratamiento.—Este debe ser esencialmente quirúrgico, variando las técnicas según la localización de los cálculos, debiendo distinguirse si éstos son intracanaliculares o intraglandulares y también que se trate de la parótida sublingual o submaxilar.

Debemos mencionar, sin embargo, algunas observaciones en las que el tratamiento no ha sido quirúrgico. Así Ballon se refiere a varios enfermos en los que, por rehusar el tratamiento quirúrgico habitual o no estar éste indicado, se hicieron cateterismos repetidos y dilatación del canal, consiguiendo la expulsión de los cálculos. Schenl describe otros casos de litiasis en el conducto de Wharton en una mujer, atribuyendo la expulsión espontánea del cálculo que medía 19 por 5 milímetros, a los remedios homeopáticos prescritos, a base

de mercurio soluble y ácido fluorhídrico, del que tomaba unas 30 gotas varias veces al día. Greeley ha usado con éxito métodos que estimulen la secreción salival, simple masaje, fomentos e irrigaciones por boca. Badanes cree que la incorporación a la pasta dentrífica de 0,50 por 100 de cloruro magnésico y sulfato magnésico puede disolver la mucina, globulina y oxalato cálcico. El tratamiento conservador recomendado por algunos autores consiste en "ordeñar" las piedras del conducto con los dedos, uno intraoral y otro extraoral, ejerciendo un movimiento hacia adelante, pudiendo llegarse a la eliminación del cálculo, cuando éste está cerca de la desembocadura del conducto. Berger y Berke creen que la expulsión espontánea puede realizarse incluso cuando la piedra está colocada en la parte posterior del conducto o interior de la glándula, avanzando éste gradualmente por la presión continua de la saliva. Nosotros mismos presentamos algunos casos de expulsión espontánea o provocada por maniobras sobre la glándula, tales como masaje, después de haber conseguido congestionar la glándula misma.

En el tratamiento quirúrgico parece que hay unanimidad cuando los cálculos se hallan situados en el conducto. Todos los autores están conformes en la extracción exclusiva de las concreciones, en cualquiera de las tres glándulas que se trate. Pero la discrepancia se pone de manifiesto cuando se refiere a cálculos intraglandulares.

Exceptuamos también a la litiasis de la glándula sublingual, pues como hace notar Ries Centeno, por ser los conductos de muy poca longitud y la glándula la más accesible de todas las salivales, la intervención es sencilla aun tratándose de cálculos intraglandulares. Como anestesia indica puede usarse la local por infiltración, aunque no es recomendable, pues tiene la relativa contraindicación de poder propagar la infección a regiones vecinas. También la general con protóxido de azoe o pentotal protóxido es conveniente; pero la más idónea es la troncular, interesando recordar que es el nervio lingual el que conviene anular. Practicada la incisión sobre la carúncula y en el punto donde por palpación o examen radiográfico se localizó el cálculo, se llega en profundidad hasta que el bisturí toca el cuerpo duro; tomados los labios de la incisión con pinzas de Kocher pequeñas, se separan éstos y mediante presión digital en la región suprahioidea el cálculo emerge prontamente o permite ser retirado con cucharillas o instrumentos romos. Previo lavado con suero tibio para arrastrar el pus y posibles cálculos pequeños, se cierra la herida bu-

cal con dos puntos de sutura con seda. Los antibióticos, que se habrán comenzado a usar con anterioridad, se continúan suministrando durante cuatro días, siendo raro que haya alguna complicación postoperatoria.

En la glándula parótida, y tratándose de cálculos intraglandulares, tampoco hay muchos partidarios de la extirpación de la glándula por el peligro grave de mutilaciones permanentes, tales como parálisis faciales, siendo más aconsejable cuando la piedra no puede ser extraída, la anulación de la glándula por radioterapia. También es una complicación, en la extracción por vía cutánea de las concreciones, la persistencia de fístulas salivales. De esta manera de pensar es, entre otros, Ruppe.

La técnica seguida para la extracción de los cálculos canaliculares, preconizada por varios autores, entre los cuales citaremos a Berger, Arch, etc., es como sigue: previa anestesia general, local o troncular, siendo la mayoría partidarios de esta última, ya que la local puede desplazar el curso anatómico del conducto, se pasará de una sonda rígida hasta tocar el obstáculo del cálculo; si éste es pequeño puede ocurrir que la sonda pase hasta la glándula. Usando la sonda como palanca y ayudados por una presión externa sobre el área submaxilar, se hace una incisión del conducto sobre la sonda longitudinalmente. A medida que se va avanzando en la incisión, siendo preferible hacerlo centímetro a centímetro, se pueden ir cogiendo los bordes seccionados con un punto de seda, hasta llegar al sitio en que se halla colocado el cálculo; entonces es fácil la extracción utilizando un instrumento romo o cucharilla. Hay que tener precaución al llegar a la altura del segundo molar de incidir en la porción superomedial del conducto, ya que en esta región pasa el nervio lingual y la sección del mismo produciría una anestesia permanente de la lengua en la zona por él inervada. Previo lavado de la zona operada, se procede a la sutura de los bordes seccionados. La desaparición del síntoma doloroso provocado por la infección y tensión intraglandular, desaparece inmediatamente después de la intervención, o a lo sumo persiste unos pocos días. Actualmente el tratamiento postoperatorio con antibióticos favorece el rápido restablecimiento de los enfermos.

Tratamiento quirúrgico de los cálculos intraglandulares.—Nos referimos a la submaxilar, pues de la parótida y sublingual ya he-

mos tratado anteriormente. Es en esta localización donde existen dos criterios totalmente diferentes. Según unos autores, debe ser siempre extirpada la glándula, no importando el lugar que el cálculo ocupe en el interior de la misma. Así piensa Maccaferri, que dice: "Cuando el cálculo es intraglandular, la exéresis de éste es indispensable." Para Theodorescu los cálculos glandulares deben ser extraídos por vía cutánea; la simple ablación del cálculo puede ser seguida de persistentes molestias o de una recidiva. Solamente la extirpación de la glándula completa puede dar una curación segura. Según su estadística, de 14 localizaciones en la glándula submaxilar, 11 veces tuvo que ser extirpada la glándula, siéndolo una después de la expulsión espontánea del cálculo, y otra posteriormente a la extracción del mismo por vía bucal.

Contrariamente a este criterio de extirpación radical tenemos el de Morris y Boyer, que dicen: "Los cálculos de la glándula submaxilar deben ser operados intraoralmente y ésta no debe ser nunca extraída, a no ser en los casos en que haya degeneración." Para Chileey es aconsejable la extirpación de la glándula solamente cuando después de la extracción del cálculo no vaya esto seguido de curación de la enfermedad; cuando esto sea necesario recomienda sumo cuidado en la operación para no lesionar los nervios lingual, hipogloso y la rama inframaxilar del facial. Havesn considera que la extracción del cálculo no es siempre fácil, primero por lo restringido del campo; segundo, por la vascularización de los tejidos, y tercero, por la movilidad del campo mismo en el que se ha de trabajar. El emplea un gancho especial para ayudarse en la extirpación.

Para Berger y Berke los cálculos colocados dentro de la glándula submaxilar, no son siempre sencillos de extraer. Por regla general, la piedra no se aprecia completamente por palpación; pero la inducción proporciona una orientación bastante segura, lo que unido a los datos obtenidos por radiografías cuidadosamente hechas, deben darnos el lugar preciso en que la membrana mucosa debe ser seccionada, el conducto se deja intacto en esta intervención. Con una disección aguda y cerrada se alcanza el músculo milohioideo, el cual se divide a continuación; en este momento y con la mano propia o de un ayudante, se fuerza la glándula dentro del suelo de la boca. Cuando la piedra está localizada se dividen los tejidos que la cubren hasta que se alcanza y se extrae. Se ligan vasos de hemorragia, que no suele ser intensa, y se cierra la herida colocando en la parte más pro-

funda un drenaje de gasa yodofórmica. La cicatrización es generalmente rápida y sin incidentes, la secreción salival parece no interrumpirse.

Estos mismos autores aconsejan intervenir a través de una abertura extraoral cuando se demuestra que la piedra está en una porción totalmente inaccesible por vía bucal o que su extracción no sería segura.

El criterio seguido por nosotros ha sido el siguiente: en los cálculos de la glándula parótida o de sus conductos, extracción por vía intrabucal. En los casos que hemos tenido, que han sido pocos, lo hemos conseguido siempre, pero, si no, nuestro criterio hubiera sido radioterapia, ya que consideramos peligrosa la intervención en esta región por vía externa, por el riesgo de fístulas y parálisis.

Para la glándula sublingual, de la que solamente hemos tenido un caso, creemos, por la literatura consultada y sobre todo por el amplio trabajo de Ries Centeno, así como por la localización, que la intervención por vía bucal ha de ser siempre fácil y sin complicaciones operatorias.

En la glándula submaxilar, ya se trate de cálculos en el conducto o en la misma glándula, nuestro criterio ha sido siempre intentar la intervención intraoral, respetando la glándula, que además es lo que el paciente acepta más gustosamente. Algunas veces ha sido sumamente laboriosa la búsqueda y extracción del cálculo; pero excepto en dos casos, como detallamos en nuestro historial, lo hemos conseguido siempre y aun de estos dos casos, uno de ellos la extracción fué también por boca, ayudados por exposición cutánea de la glándula, pero sin haber penetrado en la misma. Por tanto, solamente en un caso, después de haber intentado dos veces la extracción por vía bucal, una con anestesia troncular y otra con general, ante las enormes dificultades encontradas y no creyendo hubiera sido suficiente la extirpación del cálculo para seguir la curación, pues la glándula estaba esclerosada, teniendo además una consistencia dura, como de cartón, nos decidimos a la exéresis glándular por vía cutánea, encontrando el cálculo fuertemente incluido entre una masa fibrosa dura. Se trataba, por otra parte, de una litiasis con una historia larga y frecuentes cólicos salivales que habían producido grandes cambios degenerativos en la glándula.

En los demás casos con historias parecidas, en los que conseguimos la eliminación del obstáculo por extracción solamente del cálculo.

lo, la función glandular se restableció en su totalidad, siendo lenta únicamente en uno, en el que fueron precisos varios meses para llegar a la normalidad.

Es, por tanto, nuestro criterio enormemente conservador, y creemos que no debe llegarse a la extirpación glandular más por enfermedad de la glándula misma, por la dificultad insuperable de extraer los cálculos solamente.

La coloración de los cálculos es gris amarillenta, muy parecida a la del sarro, siendo su composición química fosfato cálcico, carbonato cálcico y materia orgánica, entrando también en pequeñas cantidades el fosfato magnésico y el hierro; en todos nuestros casos el análisis reveló estaban formados exclusivamente de fosfato cálcico. Asimismo se hallan englobados gran número de bacterias y hongos de actinomicetes; la forma de los cálculos es muy irregular, siendo generalmente alargados los de los conductos y redondeados los enclavados en el interior de las glándulas.

El estudio histológico de los cálculos encierra una gran dificultad. Solamente en el trabajo de Berger y Berke se halla descrito la técnica para decalcificar y cortar estas concreciones. Estudiaron 14 piedras, roentgenográficamente e histológicamente, sacándose de dicho estudio las siguientes conclusiones: Se ha observado siempre un foco central alrededor del cual se depositaron sales minerales. Estos focos parecen estar compuestos de células inflamatorias, bacterias y en varios casos, con una sola excepción, de una sustancia básica no fibrosa. Células fagocitarias de apariencia normal y en varios períodos de degeneración se hallaban libres en los intersticios e incorporadas a la sustancia básica. En algunos casos se demostraron bacterias cocoides. La naturaleza y distribución de la sustancia básica es de importancia en la interpretación del modo de formación y crecimiento de estas concreciones.

CONCLUSIONES

1.ª La litiasis de las glándulas salivales no es una enfermedad rara. El orden de frecuencia por lo que respecta a las tres glándulas es primero la submaxilar y su conducto, en un tanto por ciento elevado, después la parótida y a continuación la sublingual en muy pequeña proporción.

2.^a La etiología, a pesar de las numerosas teorías expuestas, no está clara.

3.^a El diagnóstico no debe ser difícil, basándose éste principalmente en los síntomas clínicos de agrandamiento periódico de la glándula en el momento de la comida y disminución o desaparición total de la inflamación en los períodos entre dichas comidas.

4.^a La salida de pus en pequeña cantidad por los conductos es también un síntoma de obstrucción salival por cálculo.

5.^a La exploración radiográfica en diferentes ángulos es absolutamente necesaria. Aunque ésta sea negativa no nos autoriza a desecher la existencia de una litiasis, pues el cálculo puede no ser radio-opaco por estar poco calcificado.

6.^a La eliminación del cálculo es imprescindible para el tratamiento de esta dolencia, debiendo ser hecho en la mayor parte de los casos por la vía intrabucal y preferentemente por métodos quirúrgicos.

7.^a La extirpación de la glándula está indicada en muy pocos casos y solamente cuando los cálculos no han podido ser extraídos o si a pesar de su extracción las lesiones degenerativas impiden el funcionamiento normal de la misma.

8.^a La anestesia más indicada para la extirpación de los cálculos es la troncular.

9.^a Hay que pensar siempre en la existencia de cálculos múltiples, algunos invisibles a rayos X, por su pequeño tamaño o por la pobre concentración en sales cálcicas, para no caer en el error de pensar en una recidiva o en una degeneración glandular cuando después de la extracción de algún cálculo persistan los dolores y los fenómenos inflamatorios.